ADVANCED UROLOGY
CENTERS OF NEW YORK
A Division of Integrated Medical Professionals, PLLC

Fecha de Cita_____
Fecha de Nacimiento_____

Registro de Pacientes

Información del Paciente

Apellido | Primer Nombre | Inicial del segundo nombre | Dirección de correo electrónico

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Numero de hogar ( ) _____ - _____ | Numero de trabajo ( ) _____ - _____ | Número celular ( ) _____ - _____ | Número de seguro social _____ - ____ - _____

Género
M ___ F_____

Estado civil:
Casado(a) _ Soltero(a)___ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____

Nombre del empleador _____ Dirección del empleador _____

Dirección del empleador _____ Relación _____ Numero de hogar ( ) ____ - ____ Numero de trabajo ( ) ____ - _____ Número celular ( ) ____ - _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Internet Amigo Médico de la Familia Directorio de Proveedores Otro_____

A quien podemos agradecer por referirle?_____

Raza:

_____ Indio Americano o Nativo de Alaska _____ Asiático ___Negro o afroamericano _____ Hawaiano _____ Blanco

_____ Se negó a Informar / no declarada _____ Otra de las islas del Pacífico _____ Más de una raza

Origen étnico::

_____ Hispano o Latino _____ No Hispano o Latino _____ Se negó a Informar

Idioma de Preferencia:

_____ Inglés _____ Español _____ Italiano _____ Ruso _____ Chino _____ Coreano _____ Japonés Otro _____

Es usted un residente de un: __Centro de enfermería __Centro de Rehabilitación __Hospicio Fecha de Admisión: __/__/___

Si es residente, nombre de la centro: _____ Número: ( ) _ - _____

Dirección_____

Información de Médico que refiere

Proveedor habitual_____ Teléfono _____ Número de fax_____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal_____

Médico que refiere _____ Teléfono _____ Número de fax_____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal_____

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono _____ Número de fax_____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal_____

Nombre del paciente:_____ Fecha de Nacimiento_____

Información del Seguro Primario

__Medicare __ Medicaid __ Seguro de Salud __Auto de Pago __ Compensación al trabajador __ Ausencia de culpa

Nombre del Asegurado _____ Nombre del seguro_____

Numero de Seguro Social del Asegurado _____ Dirección de Reclamaciones _____

Fecha de Nacimiento del Asegura _____ Ciudad, estado, código postal _____

Relación con el Paciente _____ Número de identificación #_____ Número de grupo # ___

Información del Seguro Secundario

__Medicare __ Medicaid __ Seguro de Salud __Auto de Pago __ Compensación al trabajador __ Ausencia de culpa

Nombre del Asegurado_____ Nombre del seguro _____

Numero de Seguro Social del Asegurado _____ Dirección de Reclamaciones _____

Fecha de Nacimiento del Asegura _____ Ciudad, estado, código postal_____

Relación con el Paciente_____ Número de identificación # _____ Número de grupo #__

Información del Seguro Terciario

__Medicare __ Medicaid __ Seguro de Salud __Auto de Pago __ Compensación al trabajador __ Ausencia de culpa

Nombre del Asegurado_____ Nombre del seguro _____

Numero de Seguro Social del Asegurado _____ Dirección de Reclamaciones _____

Fecha de Nacimiento del Asegura _____ Ciudad, estado, código postal_____

Relación con el Paciente_____ Número de identificación # _____ Número de grupo #__

Información de Garante

Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre Fecha de Nacimiento Género

Dirección Ciudad Estado Código postal Dirección de correo electrónico

Numero de hogar Numero de trabajo Número celular Número de seguro social

Nombre del empleador Dirección del empleador

Relación al Paciente _____

Reconocimiento de responsabilidad financiera

Por la presente autorizo a Advanced Urology Centers of New York, una división de Integrated Medical Professionals, para liberar a todas las empresas de seguros o los transportistas cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones de seguros. Yo certifico que yo, y / o mi dependiente (s), tiene cobertura de seguro con ____ y traspaso directamente a Advanced Urology Centers of New York una división de Integrated Medical Professionals todos los beneficios del seguro, si cualquier,de lo contrario pagadero a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financialmente responsable de todos los cargos sean pagados o no pagados por el seguro.

Firma del paciente o una firma autorizada (Si es mayor de 18 años de edad) Nombre completo del paciente o una firma autorizada (if patient is under 18 years of age) Fecha

Información de Farmacia

Nombre de Farmacia _____ Teléfono _____ Número de fax_____

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____